



BAS-RHIN

Nom du travailleur social :
.....
Téléphone :
.....
Adresse :
.....
Mail :

<i>(Cadre réservé au comité)</i>
Dossier n° :

COMMISSION SOCIALE

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

DOSSIER A REMPLIR PAR UN TRAVAILLEUR SOCIAL
Et à envoyer à l'adresse suivante :

Ligue Contre Le Cancer - Comité du Bas Rhin
21 rue des Francs Bourgeois
67000 STRASBOURG

Tél 03 59 61 06 07 / Fax : 03 90 41 48 82

Mail : christine.thevenin@ligue-cancer.net

Pièces à joindre au dossier :

- un certificat médical mentionnant la nature de la maladie et son actualité, signé par le médecin traitant ou le cancérologue : ce certificat est à adresser sous pli cacheté au médecin conseil de la commission sociale ; **sans certificat médical, le dossier ne pourra être examiné.**
- Les factures ou devis des frais liés à la demande d'aide.
- Tout document permettant une meilleure compréhension de la demande peut être ajouté au dossier (justificatifs de ressources, de charges, etc.).

Demande à traiter lors de la commission sociale mensuelle

Demande à traiter **en urgence** (uniquement pour les aides alimentaires et les aides humaines à domicile)

Destinataire de l'aide financière :

Au Demandeur Oui Non

A un Tiers Oui Non Si oui, préciser :

Versement de l'aide par :

Chèque bons alimentaires

Pour un versement sous forme de bons alimentaires : si la personne ne peut se déplacer au comité, merci de cocher la case ci-après« à envoyer au domicile » :

Déclaration du demandeur :

Je sollicite une aide financière du Comité du Bas-Rhin de la Ligue Contre le Cancer et déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués à l'appui de ma demande.

En cas de décision favorable de la Ligue, je donne mon accord pour le versement de l'aide financière au destinataire ci-dessus désigné.

Consentement éclairé de communication de données sensibles

Les informations recueillies sont nécessaires pour pouvoir statuer sur votre demande d'aide financière proposée par le Comité et sont enregistrées dans le logiciel SAID de la Ligue contre le cancer. Elles sont destinées au siège de la Ligue contre le cancer ainsi qu'à votre comité départemental et aux tiers mandatés par le responsable des traitements à des fins de gestion interne. La Ligue contre le cancer s'engage à ne pas transférer vos données en dehors de l'Union Européenne. Ces données ne feront l'objet d'aucun échange.

Conformément à la loi « informatique et libertés » modifiée par le règlement général sur la protection des données, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment concernant l'utilisation de vos données à caractère personnel ou y accéder pour leur rectification, limitation ou effacement, en contactant votre comité départemental par mail (cd67@ligue-cancer.net) ou par courrier adressé à la **Ligue contre le Cancer, Comité du Bas-Rhin**, 21 rue des Francs Bourgeois 67000 Strasbourg. Elles sont conservées pendant toute la durée légale de conservation des pièces comptables (10 ans).

Pour des demandes complémentaires d'informations ou en cas de problème d'exercice de vos droits, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données du siège de la Ligue nationale contre le cancer par mail : dpo@ligue-cancer.net ou par courrier : DPO de la Ligue contre le cancer - 14 rue Corvisart 75013 Paris

Conformément à l'article 9 du règlement général sur la protection des données (RGPD), merci de bien vouloir nous donner votre consentement éclairé, libre et volontaire afin de pouvoir figurer dans notre fichier SAID. Ce fichier a pour finalité principale « la gestion et le suivi des demandes d'aides financières à destination des personnes malades ou de leurs proches ».

Les données collectées sont :

- Des données d'état civil (nom, prénom, adresse etc.) ;
- Des données hautement personnelles : situation de famille, données économiques et financières (revenus, situation financière, etc.) ;
- Des données sensibles : de santé (certificat médical).

Fait à :

Le :

Nom :

Prénom :

Signature (faire précéder la signature de la mention « bon pour consentement »):

SITUATION DU DEMANDEUR

En activité :	↓	oui	<input type="checkbox"/>	Non	↓	<input type="checkbox"/>
Salarié			<input type="checkbox"/>	Retraité		<input type="checkbox"/>
Fonctionnaire			<input type="checkbox"/>	Au foyer		<input type="checkbox"/>
Profession libérale			<input type="checkbox"/>	Recherche d'emploi		<input type="checkbox"/>
Indépendant			<input type="checkbox"/>	Etudiant/scolarisé		<input type="checkbox"/>
Artisan			<input type="checkbox"/>	En invalidité		<input type="checkbox"/>
En arrêt de travail			<input type="checkbox"/>	Handicapé (AAH)		<input type="checkbox"/>
				Autre :		<input type="checkbox"/>

Profession de la personne malade :

BUDGET MENSUEL DU FOYER

RESSOURCES MENSUELLES		
revenus	demandeur	autre personne au foyer
Salaire		
Revenus non-salariés		
Allocation chômage		
Indemnités journalières		
Complément d'IJ		
Pension d'invalidité		
Retraite		
RSA		
AAH		
AEEH		
Prestations familiales		
Allocation logement ou APL		
APA / PCH		
Pension alimentaire		
Autres ressources (à préciser) :		
Total		

CHARGES MENSUELLES	
LOGEMENT	
Loyer (allocation non déduite)	
Accession à la propriété	
Chauffage, électricité, eau	
Autres (à préciser) :	
ASSURANCES	
Habitation	
Véhicule	
Mutuelle	
Autres (à préciser) :	
IMPOTS, REDEVANCES	
Impôt sur le revenu	
Impôts locaux + redevance TV	
Autres (à préciser) :	
DIVERS	
Scolarité, cantine, transport scolaire, frais de garde	
Pension alimentaire	
Aide à domicile	
Transport	
Téléphonie/téléassistance	
Crédits (hors crédit immobilier)	
Autres (à préciser) :	
Total	

Reste pour vivre mensuel (Ressources - Charges / nombre de parts) = €/ mois
 (Nombre de parts : 1 personne = 1 part sauf pour les personnes seules = 1,5)

Dossier de surendettement : Oui Non

Aides sollicitées auprès d'autres organismes (au cours des 12 derniers mois) :

ORGANISME	DATE	MONTANT	DECISION

Informations sur la demande

SYNTHESE DE LA SITUATION

(Précisez les éléments qui mettent en évidence les difficultés rencontrées par la personne ou ses proches, créées ou aggravées par le cancer)

Montant de l'aide sollicitée :

Nom : Date :

Signature du travailleur social :